

TP73

329. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE UN ANEURISMA MICÓTICO POR *SALMONELLA* EN PACIENTE CON RIÑÓN EN HERRADURA

Muñoz R

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga

Objetivos: determinar la eficacia del abordaje retroperitoneal, en el tratamiento del aneurisma de aorta abdominal, en un paciente con la malformación congénita de un riñón en herradura.

Material y métodos: presentamos el caso de un paciente de 73 años que ingresa por síndrome febril, acompañado de cuadro de diarrea autolimitado de 2-3 días. Debido a cuadro de dolor abdominal, se realiza tomografía computarizada (TC) abdominal, evidenciándose aneurisma de aorta abdominal (AAA) de 5,3 cm; por persistencia del dolor se realiza nueva TC de abdomen con contraste IV, evidenciándose aumento del diámetro anteroposterior del AAA, llegando a medir 6,5 cm. Presenta hemocultivos positivos para *Salmonella* entérica

O grupo D productora de β -lactamasa sensible a imipenem y ciprofloxacino. Se presenta el caso en sesión medicoquirúrgica y se decide tratamiento quirúrgico una vez negativizados los hemocultivos.

Resultados: se realiza abordaje retroperitoneal, encontrándose riñón en herradura gigante, se realiza resección del aneurisma y *bypass* aortoaoártico con injerto de dacrón «plata» de 24 mm impregnado en rifampicina.

El paciente se traslada a la unidad de cuidados intensivos, pasando a planta las 24 h, donde permanece estable hasta la fecha.

Conclusiones: el abordaje retroperitoneal en los AAA micóticos con riñón en herradura es un abordaje seguro y eficaz para el tratamiento de los mismos.

TP74

29. OOZING RUPTURE POSTINFARTO ASINTOMÁTICA: TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

González López MT, Sadek Dorgham A, Luque Aguirre B, Aranda Granados PJ, Muñoz García RJ, González González S, Gutiérrez de Loma J

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga

Fundamentos: la rotura cardíaca es una infrecuente complicación mecánica que constituye un 1-4% de los ingresos por infarto agudo de miocardio (IAM), presentándose en su mayoría en la primera semana tras el inicio del cuadro isquémico. La forma subaguda de rotura de pared libre (*oozing rupture*) se da en el 25% de los casos, por lo que es fundamental una alta sospecha clínica y un diagnóstico precoz.

Caso clínico: varón de 73 años, exfumador, sin antecedentes de interés, que ingresa con diagnóstico de síndrome coronario agudo con elevación del ST, apreciándose inicialmente una marcada hipocinesia posterolateral en ecocardiografía transtorácica. Tras fibrinólisis y estabilización de la clínica, permaneciendo asintomático, en nueva ecocardiografía se objetiva derrame pericárdico anterolateral de 18-20 mm, 48 h tras el inicio del cuadro. El cateterismo muestra oclusión de circunfleja en tercio medio con estenosis moderada en descendente anterior y fracción de eyección del 54% con pequeña zona acinética en cara posterolateral de contorno desflechado.

La ecocardiografía transesofágica (ETE) confirma rotura anfractuosa de pared libre de cara posterolateral con trayecto fistuloso de 2-3 mm de anchura drenando en cavidad pericárdica y hemopericardio en zona basal con signos de colapso incompleto biauricular. Con el diagnóstico de IAM transmural complicado con rotura contenida de pared libre de ventrículo izquierdo, se realiza tratamiento quirúrgico: se aprecian dos desgarros en pared posterolateral y derrame pericárdico hemático (700 cc). Con *bypass* cardiopulmonar de ayuda (22 min), se cierran ambas roturas miocárdicas mediante implantación de parche de dacrón impregnado de Histoacryl. El paciente presenta posteriormente evolución favorable, sin otras incidencias durante su estancia hospitalaria.

Conclusiones: el tratamiento quirúrgico de la rotura cardíaca no debe ser demorado incluso en pacientes asintomáticos, debido al riesgo potencial de inestabilidad hemodinámica. El ETE debe ser considerado la prueba de más alto rendimiento diagnóstico ante la sospecha inicial de esta patología.